Ein Fall

von

Anus praeternaturalis vaginalis.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Fakultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

HEINRICH GROSS, approb. Arzt

aus Brake a. d. Weser

(Oldenburg).

STRASSBURG i. E.

Buchdruckerei Ch. Müh & Cie., Finkmattstaden 2. — 1100

1894.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Fakultät der Universität Strassburg.

Referent: Prof. Dr. Freund.

Seinem verehrten Vater

in kindlicher Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Abnorme Communicationen zwischen Scheide und Darm zeigen sich in zwei verschiedenen Variationen, einmal als Anus praeternaturalis vaginalis, dann als Fistula stercoralis. Diese wesentliche Unterscheidung ist von G. Simon zuerst aufgestellt worden; in den Fällen, die vor ihm in der Litteratur sich finden, werden die beiden Ausdrücke ganz willkürlich gebraucht.

Bei der ersteren Form, dem Anus vaginalis, entsteht in Folge einer Ruptur der hinteren Scheidenwand, soweit sie das Dach des Cavum recto-uterinum bildet, ein Vorfall einer mehr oder minder grossen Darmpartie; die Serosa der vorgefallenen Darmschlinge verwächst mit dem Rande des Risses in der Vaginalwand. Es treten jetzt leicht Einklemmungserscheinungen auf. Der in der Scheide liegende Darm verfällt der Necrose, wird ausgestossen und wir sehen nun das Doppelrohr des zu- und abführenden Darmstückes in die Vagina einmünden. Die beiden Wände der Darmrohre verkleben mit einander und bilden mit dem Mesenterium einen Vorsprung, den Sporn. Ragt dieser sehr weit vor, wird er etwa durch zunehmenden Prolaps der hinteren Darmwand noch vergrössert, so kann der Koth nur in die Vagina abgehen; das abführende Darmstück wird nicht mehr zur

Passage der Massen benutzt, verengt sich und wird schliesslich in einen soliden Strang verwandelt (Fall von Casamajor: Journ. de Méd. 1829. Tom. IV). Ist dagegen der Winkel, der durch die Annäherung und Verwachsung der Darmwände entsteht, sehr stumpf, der Sporn also nicht sehr ausgebildet, so ist die Canalisation des Tractus intestinalis nicht ganz aufgehoben. Nur ein Theil der Kothmassen tritt durch die neugeschaffene Mündung in die Vagina aus, die anderen Fäces verlassen den Darm auf normalem Wege, per Anum.

Diese Form des Anus praeternaturalis vaginalis nähert sich der zweiten Art der Communication zwischen Darm und Scheide, der Fistula stercoralis. Bei dieser ist nach vorheriger Verwachsung eines Darmstückes mit der hinteren Scheidenwand durch irgend einen intraperitonealen Process im hinteren Douglas eine Perforation nach beiden Richtungen eingetreten. Der Koth wird auch in die Scheide entleert, ohne dabei seinen alten Weg ins Rectum völlig einzubüssen.

Beschäftigen wir uns hier nur mit der ersteren Form der Darm-Scheidenverbindung, dem Anus praeternaturalis vaginalis.

Was seine Entstehung anbetrifft, so sehen wir ihn besonders als traurige Folge einer Geburt. Seltener kommt er zu Stande, wenn etwa zu lange Zeit liegen gelassene oder vergessene Pessarien durch Drucknecrose mit Infection eine derartig destruirende Wirkung zeigen (cfr. Neugebauer: Zur Warnung von Scheidenpessarien. Arch. für Gynäkolog. Band XLIII), oder entzündliche und neoplastische Processe bei circumscripter Petriperitonitis in

Folge von Carcinom, Diphtherie, Parametritis u. s. w. sich nach beiden Seiten in das Darmlumen und die Vagina einen Weg bahnen. Die letztere Aitiologie kommt mehr für die Fistel oder die nicht scharf charakterisirten Fälle von Anus vaginalis (keine Doppelmündung, kein Sporn) in Betracht.

In den Fällen, die sich in der mir zugänglichen Litteratur auffinden lassen, ist der Anus vaginalis stets während oder in Folge des Geburtsaktes eingetreten. Nur ein Fall von Favera wird erwähnt, wo durch brutale Stuprumversuche an einem zehnjährigen Mädchen diese Form der Communication zwischen Scheide und Darm hergestellt war.

Der Druck harter Kindstheile, besonders des nur langsam und schwer eindringenden Kopfes etwa in Folge Beckenenge, grossen Kindes, ferner ungeeignete Manipulationen mit der Hand oder Instrumenten in dem wenig resistenten Geburtskanal spielen bei dieser schweren Verletzung eine grosse Rolle. In einem Falle von M'Keerer, Pract. remarks on lacerat. of the uterus and the vag. with cases. London 1824. (Nach Breisky: Die Krankheiten der Vagina), war bei engem Becken Drucknecrose der hinteren Vaginalwand erfolgt, der Darm war erst in die Vagina vorgefallen, dann aber von der Hebamme, die ihn für „Eihäute“ hielt, bis zu $1^1/_2$ Meter Länge herausgerissen worden. Der Darm wurde gangränös abgestossen, es trat Anus vaginalis ein. Die Patientin Casamajors (Journ. de Méd. 1829) hatte sich die prolabirten Darmschlingen selbst abgebunden. In einem Fall von Dahlmann (Mittheilungen aus der gynäkolog. Klinik

in Königsberg 1880) war Anus vaginalis durch verschleppte Querlage entstanden. Bartels (Archiv für Gynäkol. 1872) veröffentlichte einen complicirteren Fall von Anus vaginalis, wo ein grosser Riss in der hinteren Scheidenwand völlig durch Darmschlingen ausgefüllt war. Aus vier Oeffnungen floss Koth in die Scheide ab.

Heine (Archiv für klin. Chirurgie Band XI) sah bei Loslösung der Placenta Ruptur des hinteren Scheidengewölbes mit denselben Folgen entstehen.

Jones, Dubl. Quart. Journ. 1845 (nach Breisky: Die Krankheiten der Vagina), sah einen Einriss und Vorfall von einer $19^1/_2$ Fuss langen Darmschlinge bei einer im dritten Monat ihrer Schwangerschaft sich befindlichen Frau entstehen in Folge einer rohen Untersuchung eines Arztes. Die Darmschlingen waren völlig von ihrem Mesenterium getrennt. Jones musste sie ganz abtragen und einen Anus vaginalis bestehen lassen.

Wenn nicht Exitus letalis durch peritoneale Infection eintritt, sind neben der traurigen, socialen Lage der Patientinnen die Folgen des Anus vaginalis die, dass einmal ein mehr oder minder grosses Darmstück aus seiner physiologischen Thätigkeit ausgeschieden und so die Ernährung hochgradig gestört wird, dann dass durch die Kothpassage eine beständige Ulceration in der Scheide hervorgerufen wird.

Zur Heilung des Anus vaginalis sind eine Anzahl sehr geistreicher Operationsmethoden angegeben und zum Theil auch ausgeführt worden.

Nach Hegar-Kaltenbach schlug Jobert vor, das obere in die Scheide mündende Darmende von dieser

loszulösen und ins Rectum einzupflanzen. Er erreichte zwar in einem Fall den Abgang der Kothmassen per Anum, er schaltete aber ein grosses Darmstück aus dem Tractus intestinalis aus. Simon wollte den Anus vaginalis bestehen lassen. Sein Vorschlag ging dahin, den in die Vagina einmündenden Fäces durch eine zweite künstliche Oeffnung in der Vaginalwand einen Weg in das Rectum zu bahnen. Unterhalb dieser zweiten Communication zwischen Scheide und Darm sollte die Scheide verschlossen werden. Ein Theil der Scheide wurde so in den Kothleitungsapparat eingeschaltet. Simon würde freilich einen Abgang der Kothmassen per Anum erreicht haben, ohne eine in der vorantiseptischen Zeit so sehr und mit Recht gefürchtete Eröffnung des peritonealen Sackes; aber seine Methode bietet neben dem Nachtheil der Jobert'schen Operation, der Darmausscheidung, dem Operateur keine Garantie, dass die Passage des Koths auch wirklich in der nöthigen Weise in der Scheide und dem neugebahnten Wege erfolgt, der ausserdem noch schwer offen zu erhalten wäre.

Rationeller ist der Vorschlag von Casamajor, den Anus vaginalis in eine Fistula stercoralis zu verwandeln. Um dies zu erreichen, benutzte er ein scheerenförmiges Instrument, dessen Branchen knopfförmig ausliefen. Die eine Branche führte er in die obere Darmmündung in der Vagina, die andere in das Rectum. Er schloss die Scheere und liess sie eine Zeit lang liegen; die zwischen die Branchen gefassten, eingeklemmten Darmschlingen verfielen der Necrose und so war eine Verbindung zwischen dem zuführenden Darmstück und dem Rectum her-

gestellt. Er führte seine Idee auch in einem Falle aus; er brachte die von der Scheere eingeklemmten Gewebe zum Zerfall, aber er vermochte die noch übrig bleibende Kothfistel nicht zu schliessen. O. Weber brachte die Technik der Operation des Anus vaginalis einen bedeutenden Schritt weiter, indem er mittelst einer etwas modificirten Dupuytrenschen Darmklemme den Sporn in einem Falle in 8 Tagen zum Schwinden brachte. Schon nach 3 Tagen erfolgte Stuhlgang per Anum. Nach Webers Tode übernahm Heine erst diesen Fall und damit auch die Weiterausbildung dieser Methode. Es gelang ihm bei derselben Patientin die nach Abklemmung des Sporns noch restirende Kothfistel nach Anfrischung der Ränder durch die Naht zu schliessen. — In unserer anti- und aseptischen Zeit, wo die Eröffnung des peritonealen Sackes nicht, wie früher fast immer, eine Infection der Bauchhöhle zur Folge hat, wird man wohl bei Anus vaginalis die intraperitoneale Operation vorziehen und den Bauchschnitt machen, der einen genauen Ueberblick der stattgehabten Verletzung gewährt. Durch die Loslösung des Darms von seiner Mündungsstelle in der Vagina, eine resecirende Anfrischung der Darmenden mit nachfolgender Naht nach Lembert oder Czerny wird man am besten einen Zustand ad integrum herbeiführen. Schon Roux hatte 1829 die für seine Zeit überaus kühne Idee der Laparatomie und Loslösung der Darmenden; er führte sie auch in einem Fall aus. Aber die Operation missglückte in Folge eines allzu ängstlichen kleinen Bauchschnittes; er bekam keinen genauen Ueberblick und machte mehrere grobe Irrthümer. Seine Methode wurde

verworfen. — Die Weber-Heinesche Operation verlangt eine ganz typische Form von Anus vaginalis mit Doppelrohr der beiden Schenkel und vorspringenden Sporn. In dem oben erwähnten Fall von Bartels wurde der Prolaps mit seinen vier Löchern durch das Ferrum candens abgetragen; eine Fistel blieb bestehen trotz Therapie.

Unser Fall weicht auch von dem typischen Anus vaginalis ab. Wir finden hier statt des durch Necrose entstandenen Defektes in der vorderen Darmwand eine völlige Durchschneidung des Darms. Nur ein Darmende, das zuführende, mündet in die Vagina, das abführende ist im Douglas festgewachsen. Ferner ist vorliegender Fall ausgezeichnet durch die abnormale Localisation der Darmläsion. Sehen wir ab von der Aetiologie des Anus vaginalis durch entzündliche Processe oder Druck des Kindskopfes und berücksichtigen wir nur als Ursache violente Gewalt durch Instrumente, wie in unserem Falle, so tritt die Verletzung des Tractus intestinalis auf an Darmpartien, die dem Ort des Angriffs, der Vagina, möglichst nahe liegen, also am Rectum, S. Romanum oder herabhängenden Dünndarmschlingen. Hier ist ein ganz entfernt liegendes Darmstück, der obere Theil des Colon descendens, betroffen.

Anamnese.

Katharine W., 28 Jahr alt, verheirathet. Patientin hat zweimal spontan geboren. Im October vorigen Jahres sollte sie wieder niederkommen. Am Tage der Geburt, dem ersten October, Morgens verspürte Patientin lebhafte Kindsbewegungen, die ihr anfänglich noch gestatteten,

ihrer täglichen Arbeit nachzugehen, Nachmittags aber so stark wurden, dass sie sich zu Bett begab und eine Hebamme herbeiholen liess. Die letztere untersuchte die Kreissende und veranlasste die Hinzuziehung eines Arztes. Dieser constatirte den Tod des Kindes und nahm unter Narcose die Perforation und Extraction des Kindes vor. Wenigstens berichtet Patientin, dass die Anverwandten nachher von einem „toten Kinde mit grosser Schädelwunde“ gesprochen hätten. Näheres vermag sie über den Geburtsvorgang nicht anzugeben. — Wie der Arzt der Patientin selbst mittheilte, „wäre bei der Operation ein Einriss in der hinteren, oberen Vaginalwand erfolgt und der Darm vorgefallen. Er habe ihn aber wieder reponirt“.

Schon am Tage nach der Geburt bemerkte Patientin, dass der Stuhl per vaginam abging; zugleich verspürte sie neben heftigen Schmerzen eine Auftreibung des Abdomens.

Sie suchte daher die hiesige Frauenklinik auf.

Status.

Der hier aufgenommene Status ergiebt Folgendes:

Kleine, etwas angegriffen, aber nicht verfallen aussehende Frau mit kurzen breiten Gliedmassen. Der Leib ist stark aufgetrieben, in den unteren Partien ist er ein wenig empfindlich. Die äusseren Genitalien sind normal; der Uterus überragt die Symphyse um die Breite von $2\,^1/_2$ Finger. Patientin lässt ihren Urin spontan, der Stuhl kommt unwillkürlich mehrmals täglich, bald weich, bald fest, aus der Vagina.

Nach Entfernung zweier von Koth durchtränkten Jodoformtampons lässt sich durch vorsichtige Untersuchung Folgendes feststellen:

Im hinteren Scheidengewölbe, direct unter dem Ansatz der Portio vaginalis etwas nach Rechts die Mittellinie überschreitend, befindet sich ein $1^1/_2$ Ctmtr. im Querdurchmesser fassendes, scharfrandiges Loch, das in den hinteren Douglas'schen Raum führt.

Die vordere Lippe der Portio vaginalis uteri ist ganz kurz, aber gleichmässig, während die hintere links bis über die Mitte hinaus vollständig vom Uterus abgetrennt ist, so dass sie als ein freier circa 4 Ctmtr. langer Zapfen nach der rechten Seite in die Scheide hinabhängt, so, dass sie die eben erwähnte Douglas-Scheidenfistel zum grössten Theil verdeckt.

Ferner befindet sich in der linken Portio vaginalis uteri, etwas nach hinten und seitlich gelegen, ein zweites, schief-ovales Loch mit einem Durchmesser von etwa $2^1/_2$ Ctmtr. Durch dieses gelangt man in den Darm. Die Mündung des Darmkanals ist hier mit breiigen Kothmassen angefüllt.

Nachdem bei flüssiger Diät, Darreichung von Opium und Anwendung der Eisblase, sowie fortgesetzter antiseptischer Ausspülung der Vagina die Zeichen der acuten Peritonitis, Schmerzhaftigkeit und Auftreibung des Abdomens, geschwunden waren, schritt man zu einer weiteren, genaueren Untersuchung. Diese ergab folgendes:

Das Rectum ist angefüllt mit festen, fast trockenen, gegen einander abgeplatteten Kothmassen. Diese werden manuell ausgeräumt. Mit dem eindringenden Finger

gelangt man bis über den Sphincter tertius hinaus; weiter nach oben ist das Rectum völlig abgeschlossen.

Zum Nachweis einer eventuell bestehenden Communication zwischen Rectum und Vagina wird gefärbtes Wasser in den Mastdarm eingelassen. Nach Einführung von etwa 100 cbctm. bemerkt man eine deutliche Vorwölbung der hinteren Vaginalwand, das Wasser fliesst jedoch nicht durch eine der beiden Oeffnungen in der hinteren Vaginalwand ab, sondern wird wieder von der Patientin per Anum ausgepresst.

Bei der Untersuchung per vaginam fühlt man den oben beschriebenen das rechte Loch in der hinteren Vaginalwand verdeckenden Lappen. Durch dieses Loch gelangt man in einen glattwandigen Raum, der nur wenig nach oben reicht, nach unten den Finger weit vordringen lässt. Eine ins Rectum eingeführte Darmsonde wird von hier aus nicht gefühlt, sterilisirtes Wasser jedoch, das in diese Oeffnung eingeführt wird, entleert sich aus dem Mastdarm per Anum.

Der Lappen wird mit einer Klemme gefasst und abgetragen.

Uebrigens verkleinert sich diese rechts gelegene Oeffnung im hinteren Scheidengewölbe zusehends; 8 Tage nach der Aufnahme der Patientin in der Klinik ist sie völlig durch Granulationen geschlossen.

Die zweite Oeffnung, in der linken Portio vaginalis uteri gelegen, führt in eine mit weicher, sammetartiger Schleimhaut ausgekleidete Höhle, den Darm. Die in ihm befindlichen Kothmassen werden entfernt. Statt des erwarteten Doppelrohr des zu- und abführenden Darms

lässt sich nur die Mündung eines Darmstücks nachweisen. Ein Sporn ist auch nicht zu fühlen.

Der Versuch, von dieser Oeffnung mit dem Finger in das andere rechts gelegene Loch oder ins Rectum zu gelangen gelingt nicht.

Die ganze Wandung des zuführenden Darmstücks ist also fest mit dieser Oeffnung in der Portio verwachsen. Deshalb läuft hier eingegossenes Wasser sofort wieder ab. Auch durch Einführung von Farbstoff gelingt es nicht, eine Communication zwischen dem zuführenden Darm und Rectum nachzuweisen. Methylenblau, das in Kapseln, die zerbrochen werden, ins Rectum eingeführt wird, bewirkt nur eine Blaufärbung des Urins nach einigen Stunden; die in die Vagina austretenden Kothmassen werden durchaus nicht tingirt.

Am 18./XI. wurde Patientin mit der Diagnose: Anus vaginalis zwecks Operation in die hiesige chirurgische Klinik übergeführt. Es wurde angenommen, dass eine völlige Durchtrennung des Darms stattgefunden habe, bei der das zuführende Ende in die Oeffnung links geleitet und das abführende Darmstück in das Cavum recto-uterinum zurückgesunken sei.

Nach der Aufnahme in der chirurgischen Klinik stellte sich bei der Patientin ein leichter Darmkatarrh ein, der unter Calomelbehandlung erst nach reichlich 8 Tagen völlig zurückging.

Am 31./XI. wurde die Operation vorgenommen, nachdem Patientin vorher je 15 Tropfen Tinctura Opii thebaica, zuerst früh Morgens um 5 Uhr und dann direct vor der Operation bekommen hatte.

Operation.

Unter Aethernarcose, die glatt verläuft, wird nach sorgfältiger Desinficirung der Bauchdecken und Abrasiren der Haare des Mons veneris die Laparotomie gemacht. Der Schnitt wird von der Symphyse bis zum Nabel geführt.

Die stark aufgetriebenen und bei der Eröffnung des Abdomens hervorquellenden Därme werden sofort auf aseptische, feuchte, erwärmte Servietten gelagert. Diese Därme bieten keine Zeichen überstandener Peritonitis; sie sind zwar etwas gerötet, ihr Peritonealüberzug ist jedoch spiegelnd. Es bestehen zwischen den einzelnen herausgelagerten Darmschlingen keine Verwachsungen.

In der Bauchhöhle findet sich keine Flüssigkeit.

Der etwas retroflectirte Uterus wird mit einer Muzeux'schen Zange hervorgezogen. Er ist etwas über faustgross. An demselben, mit seinem peritonealen Ueberzug resp. dem hinteren Blatte des ligamentum latum durch bindegewebige Stränge verbunden, legt sich das zuführende Darmende an und zwar reichen diese Verwachsungen vom Fundus Uteri bis zur Einmündungsstelle des Darms im linken Cervix.

Dieser Darm ist mit Taenien und Appendices epiploicae versehen, erweist sich also als Dickdarm und zwar als Colon descendens. Die Durchtrennung war etwa handbreit unter der Flexura coli sinistra erfolgt. Es musste also um eine derartige Stelle des Darms in Communication mit der Portio vaginalis uteri zu bringen, eine starke Dehnung und Zerrung im Darm selbst, Peritoneum und Mesocolon descendens stattgefunden haben.

Das Ligamentum phrenico-colicum reicht beinahe bis ans Promontorium.

Die Adhäsionen zwischen Dickdarm und Uterus werden in einzelnen Partien unterbunden und mit der Scheere durchschnitten. Der Darm wird von seiner Einmündungsstelle in der Portio losgerissen, angeklemmt und nach Aussen gelagert.

Die Auffindung des abführenden Darmstückes in dem überdiess durch den vergrösserten Uterus beengten Cavum recto-uterinum macht grosse Schwierigkeiten. Die hier liegenden Darmstücke, Rectum, Flexura sigmoidea, Ileumschlingen und das untere abgetrennte Ende des Colon descendens, sind sowohl unter sich, als auch mit der Peritonealbekleidung des Uterus und des Beckens fest und ganz ungeordnet verwachsen. Selbst nach Lostrennung der am meisten den Einblick hindernden Verwachsungen gelingt es nicht, das abführende Ende des Dickdarms aufzufinden. Ebensowenig führt Eindringen mit dem Finger und dicken Bougies in den Mastdarm zum Ziel. Erst nachdem man warmes antiseptisches Wasser (3 % Borsäurelösung) unter hohem Druck in das Rectum einlaufen lässt und dadurch wenigstens das hervorquellende Rectum und den unteren Theil des S. Romanum erkennen kann, gelingt es mit der Hand, das abführende Darmstück ganz unten im Douglas'schen Raume aufzufinden. Es ist mit der hinteren, oberen Wand der Vagina fest verwachsen. Diese Verbindung wird manuell gelöst; der Darm wird angeklemmt und ebenfalls nach Aussen gelagert.

Die Stelle der Verwachsung wird zwecks Stillung der Blutung mit einem aseptischen Tupfer comprimirt.

Beide Darmstücke erweisen sich als verdickt an ihren Enden; sie werden um je einen Centimeter gekürzt und durch die Darmnaht nach Czerny mit einander verbunden. Das den resecirten Darmstücken entsprechende Mesenterium wird in Form eines Keils herausgeschnitten.

Bei der Loslösung des zuführenden Darmstückes war das kurze Mesenterium des Colon descendens etwa 5 Ctmtr. lang vom Darm abgerissen. Nach der anfrischenden Resection der beiden Darmenden wird das Mesenterium wieder an den Darm angenäht.

Nachdem die Blutung an den Verwachsungsstellen der beiden Darmstücke am Uterus und der hinteren Scheidenwandung gestillt ist, erfolgt die Toilette der Bauchhöhle mit erwärmten, aseptischen Tupfern.

Die frühere Einmündungsstelle des Darms in dem nach links gelegenen Theil der Portio vaginalis uteri wird mit dicken, langen Jodoformtampons ausgefüllt, die durch die Vagina hindurch nach Aussen geleitet werden.

Naht des Peritoneums, Naht der Muskeln und der äusseren Haut durch Seidennähte.

Die genähte Bauchwunde wird mit Jodoformgaze, sterilisirter Gaze und Watte bedeckt. Das Verbandmaterial wird durch Mullbinden fixirt, die circulär das Abdomen umgreifen und auf den Oberschenkel übergehen.

Nach der Operation erhält Patientin in den nächsten Tagen zwecks Sistirung der Darmperistaltik mehrmals täglich Gaben von 15 Tropfen Tinctura Opii.

Gegen das brennende Durstgefühl bekommt sie anfangs nur Eisstücke und in bestimmten Zeiträumen einige Löffel

kalten Wassers. 2—3 mal täglich erhält Patientin 3 und 4 Löffel eiskalte Milch.

Schon sehr bald nach der Operation stellte sich auf beiden Lungen ein reichliches, grossblasiges Rasseln ein, das wohl der Aetherwirkung bei der 2 Stunden dauernden Operation zuzuschreiben ist. Die Patientin wird in halb sitzender Stellung im Bett gelagert. Sie wirft reichliche Mengen dünnen-serösen Sputums aus. Temperatur in den beiden ersten Tagen 37,3 38°. Patientin hat keine Beschwerden und Schmerzen.

Am dritten Tage nach der Operation wird der Jodoformtampon aus der Scheide entfernt und die Vagina mit 3% Borlösung ausgespült. Der Tampon wird erneuert.

Beim Oeffnen des Verbandes zeigt sich in dem Stickkanal der untersten Naht ein kleiner Abscess. Diese Naht wird entfernt und hier ein kleiner feuchter Verband angelegt.

Der Occlusivverband wird erneuert, er umgreift wieder Abdomen und Oberschenkel. — Infolge der Abstinenz hat sich bei der Patientin eine leichte Stomatitis eingestellt, die mit Kal. chlor. behandelt wird.

Da Patientin am vierten Tage sich sehr wohl befindet, auch die Athmung kräftiger geworden ist, ohne dass die Rasselgeräusche völlig verschwunden sind, bekommt sie 2 Löffel Ricinusöl. Da der Erfolg ausbleibt, wird die Dosis wiederholt. Es erfolgen vier breiige Stühle ohne Schmerzempfindung seitens der Patientin.

Am 9./XII. werden die Nähte bis auf zwei entfernt. Die Wunde sieht reizlos aus, auch der kleine Abscess

im untersten Stickkanal ist ganz geschwunden. Die Scheide wird wieder ausgespült, der Jodoformtampon fortgenommen. Da die Oeffnung in der linken Portio sich bedeutend verkleinert hat, unterbleibt eine weitere Tamponade.

Die Ernährung der Patientin bestand bisher nur in Darreichung von Milch. Heute bekommt sie etwas Fruchteis und Kalbsmilcher.

Am 10./XII. hat Patientin 5 dünne Stühle wieder ohne Beschwerden. Ihr Befinden ist durchaus gut, nur klagt sie über Schmerzen an einer Stelle unterhalb des Nabels im rechten Mesogastrium. Hier findet sich eine etwas resistente kleine Verdickung in der Bauchdecke, die aber im Verlauf der nächsten Woche völlig verschwindet. Die Temperatur beträgt 37,5. Das Rasseln auf der Lunge hört auf.

Patientin erhält die Erlaubniss aufzustehen.

Da das Befinden durchaus gut verbleibt, bekommt Patientin etwas festere Nahrung in Gestalt von Kalbfleisch und einer Scheibe Weissbrod.

Patientin bleibt im Verlauf der nächsten Tage fast ganz ausserhalb des Bettes. Die Stomatitis ist völlig geschwunden; sie hat regelmässigen Stuhlgang, Morgens und Abends je einmal.

Am 26. XII. wird Patientin im Operationssaal untersucht; die Bauchwunde sowohl, als die Wunde in der Portio sind völlig geschlossen und vernarbt.

Am 30./XII. wird sie als geheilt entlassen.

Berücksichtigen wir bei vorliegendem Falle die Anamnese, die Aussagen der Patientin, so können wir annehmen, dass der Anus vaginalis durch unrichtige Mani-

pulationen des behandelnden Arztes erfolgt sei und zwar wahrscheinlich mit einem scheerenförmigen Perforatorium. Diesen letzten Schluss können wir ziehen aus der doppelten Wunde im Cervix und in der Scheide, dann aus dem Umstande, dass beide Oeffnungen etwa in gleicher Höhe sich befinden und gleich gross sind, zu gross für eine Verletzung durch die entbindende Zange.

Dass die beiden Oeffnungen durch Druck des austretenden Kindskopfes entstanden seien, dürfen wir wohl ausschliessen. Denn die Grössenverhältnisse des Geburtskanals, das ganz normale Becken sowohl als der Umstand, dass Patientin schon zweimal spontan entbunden hat, weisen darauf hin, dass es auch bei der letzten Geburt sich nicht um abnormale Missverhältnisse zwischen Kind und umschliessende Theile gehandelt habe. Höchstens wäre für eine eventuelle Aitiologie eine durch den Cranioclast bewirkte starke Fragmentation der Schädelknochen in Betracht zu ziehen, wo die prominirenden scharfen Knochenstücke die beiden Einrisse hervorgerufen haben könnten. Hierdurch liesse sich jedoch nur die doppelte Eröffnung des Geburtskanals erklären.

Der Umstand jedoch, dass wir den oberen Teil des colon descendens in die linke Oeffnung einmünden sehen, sowie dass das abführende Stück des Dickdarms unten im hinteren Douglas an der Vaginalwand angewachsen war, müssen uns den Gedanken aufdrängen, dass der betreffende Geburtshelfer mit seinem geöffneten scheerenförmigen Instrument mit einer gewissen Violenz erst die Wandung des Geburtskanals zweifach perforirt habe, dann ins Abdomen eingedrungen sei und das colon des-

cendens gewaltsam herabgezogen habe. Dann wird er etwa durch Schluss des Instruments das Colon zerrissen resp. durchschnitten haben, wobei dann das obere Darmstück sich in die linke Oeffnung der Portio legte, während das abführende Darmende infolge seiner Schwere, da es mit Kothmassen gefüllt war, in den hinteren Douglas sank und dort mit der peritonealen Auskleidung verwuchs.

Der vorliegende Fall ist von besonderem Interesse einmal wegen der Seltenheit des Sitzes des Traumas, dann wegen der immerhin merkwürdigen Entstehungsart, schliesslich wegen der völligen Heilung. Eine Restitutio ad integrum ist bei den oben erwähnten Fällen nur in dem Dahlmanns eingetreten.

Wenn wir über die in unserem Falle vorliegende Entstehungsart der Anus praeternaturalis vaginalis Kritik ausüben wollen, so werden wir sagen können, dass bei uncomplicirten Geburten derartige schwere Verletzungen bei dem heutigen Stand der Wissenschaft und Technik nicht mehr vorkommen dürften. Wir können sie mit Schroeder als Kunstfehler bezeichnen, deren sich unsere heutigen wissenschaftlich gebildeten Geburtshelfer nicht mehr schuldig machen sollten. —